

La Psicosis: Un Estudio Desde La Subjetividad

José Manuel García Arroyo

Médico Psiquiatra. Profesor Contratado Doctor Acreditado del Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla

doi: 10.19044/esj.2017.v13n12p1

URL:<http://dx.doi.org/10.19044/esj.2017.v13n12p1>

Abstract

In psychiatry the definition of psychosis has been sustained in the symptoms, without attending practically to the person who suffers them. This phenomenon has intensified since the appearance of the Diagnostic Manuals. In this article we consider psychosis as a "structure", with defined characteristics, and according to this, we will determine which its subjective keys are.

To achieve this, we rely on a strategy that allows the study of "interiority" and makes it scientific. The result is a new way of understanding psychosis, so that the classic idea that the psychotic is a person "enclosed in itself" and "incapable of being objective" is destroyed. On the contrary, it is demonstrated a "subjective collapse" that prevents him from having "internal" formations (fantasies, desires, projects, schemes of life, and so on) and keeps him prisoner of the exterior. This explains the lack of sense of the phenomena that he suffers and the absence of insertion in the culture.

Keywords: Psychiatric clinic, Psychosis, Subjectivity, Judgment of reality, Objectivity, Subjective collapse.

Resumen

En psiquiatría la definición de la psicosis se ha sostenido en los síntomas, sin atender prácticamente a la persona que los padece; este fenómeno se ha agudizado desde la aparición de los Manuales Diagnósticos. En este artículo consideramos a la psicosis como una “estructura”, con características definidas y, sobre esta base, determinar cuáles son sus claves subjetivas.

Para lograrlo, nos apoyamos en una estrategia que permite el abordaje de la “interioridad” y hace de ella materia científica. El resultado consiste una nueva forma de captar la psicosis, de manera que se destruye la clásica idea de que el psicótico es una persona “encerrada en sí misma” e “incapaz de ser objetiva”. Por el contrario, se demuestra un “colapso subjetivo” que le impide tener formaciones “internas” (fantasías, deseos, proyectos, esquemas

de vida, etc.) y le mantiene prisionero del exterior. Ello explica la falta de sentido de los fenómenos que padece y la ausencia de inserción en la cultura.

Palabras clave: Clínica psiquiátrica. Psicosis. Subjetividad. Juicio de realidad. Objetividad. Colapso subjetivo

Introducción

En 1845 Ernst von Feuchtersleben introdujo el término “psicosis” en su *Tratado médico de las enfermedades anímicas*, refiriéndose con él a las manifestaciones psíquicas de las “enfermedades del alma” (Álvarez et al., 2004). Para este autor no existía la oposición entre “neurosis” y “psicosis”, tal como la conocemos hoy en día. Esta diferenciación apareció más tarde en la psiquiatría alemana decimonónica y tuvo su máximo esplendor cuando Freud investigó los mecanismos específicos de cada una de ellas (Álvarez et al., 2004).

A partir de entonces, se empezó a entender la “psicosis” como la forma más extrema de patología mental, mientras que la categoría “neurosis” se aplicó a los trastornos menos graves. Tal separación dio lugar a dos formas de psiquiatría: la “pesada”, desarrollada por los alienistas en los asilos y la “ligera”, propia de los de los consultorios. De todas formas, la diferenciación basada en el pronóstico hoy en día no se sostiene.

En sus comienzos el diagnóstico de “psicosis” no mostró un paralelismo con el de “neurosis”. Recordemos que, en esta última, empezó siendo “negativo” (“ausencia de lesiones o alteraciones físicas”), mientras que en el caso de la psicosis siempre se hizo de modo “positivo”, sobre la presencia de síntomas, llamados “psicóticos”.

Posteriormente, el término “neurosis” desapareció del argot médico, bajo el efecto de la psiquiatría norteamericana, mientras el de “psicosis” siguió manteniéndose, siendo aplicado a los casos que mostraban síntomas. A pesar de ello, los intentos de unificación que se dieron antaño en el grupo de las psicosis, se estrellaron debido a la multiplicación de categorías diagnósticas presentes en las últimas ediciones del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 1995).

Sin embargo, hay una pregunta que no pueden faltar en un clínico: ¿todos los psicóticos presentan síntomas (psicóticos)? Aunque las nosografías al uso plantean la necesidad del síntoma para el diagnóstico (APA, 1995; OMS, 1992), la respuesta es negativa. Esto se debe a que asistimos a personas que se muestran: extrañas, estafalarias, desinteresadas por los asuntos comunes, solitarias, se refieren a experiencias que no son habituales, emplean palabras inexistentes en nuestro vocabulario, etc. Las nosografías contemporáneas las incluyen en los “t. de la personalidad” (APA, 1995; OMS, 1992), pero cualquier clínico con experiencia puede

distinguir en ellas una organización psicótica, aunque nunca hayan delirado y/o alucinado.

Jaspers (1993) ya se había pronunciado al respecto, indicando que en la psicosis podía no existir ninguno de los síntomas característicos y Clerambault (1995) decía que “cuando el delirio aparece la psicosis ya es vieja”. Los textos, frecuentemente aluden a estos casos como “prepsicosis” o “prepsicóticos”. Con ello, el campo de la psicosis se muestra mucho más extenso y rico en matices que si solo consideramos las manifestaciones puramente sintomáticas.

La psiquiatría actual, dirigida por los criterios diagnósticos (del DSM) (APA, 1995), trata de multiplicar los cuadros clínicos rompiendo con los intentos de unificación propios de las primeras descripciones clínicas. Así, podemos encontrar psicóticos en los apartados de: t. del humor, t. esquizofrénico, t. de la personalidad, etc. Sin embargo, autores como Griessinger, Janzarik o Ey abogaron por la “psicosis única” y con ello sentaron un antecedente de lo que conocemos hoy en día como “estructura psicótica”.

La idea que impulsa este trabajo consiste en aproximarnos al funcionamiento del aparato mental psicótico, intentando definir sus características más sobresalientes. Esto mismo lo hemos hecho con la neurosis (García Arroyo, 2016a) y, al realizarlo ahora con la psicosis, comprobaremos que va a definirse esta última por oposición a aquella, mostrándose con claridad que se trata de dos ordenamientos mentales distintos y que es imposible el paso de una a otra.

Para conseguir estos propósitos, tenemos que pensar la psicosis como una “estructura”, o sea, como una organización de elementos que poseen su propio orden donde el síntoma (si es que aparece) es un componente más de dicha organización, y no necesariamente el más importante, aunque sí puede ser el más llamativo.

Recordemos, una vez más, que lo expuesto en las páginas que siguen no es el producto de la mera especulación, un juego para médicos aburridos, sino el resultado de la escucha atenta de los pacientes y del análisis posterior. Estos han tenido como marco las sesiones de psicoterapia mantenidas con ellos en la Asociación de Psicopatología y Psicoanálisis de Sevilla (APPS) y en la Unidad de Agudos del Hospital “Virgen Macarena” de Sevilla.

De la intelección adecuada de la estructura psicótica, va a desprenderse el poder reasegurarnos en la forma de comunicarnos e intervenir psicológicamente con estas personas, teniendo en cuenta que jamás puede ser idéntica a la que realizamos con neuróticos. El artículo puede entenderse como la continuación del precedente en el que abordamos la subjetividad del neurótico, cuyos resultados conviene tener presentes (García Arroyo, 2016a).

Supuestos previos

El pensamiento estructural rechaza la existencia de datos independientes, sencillamente porque en ningún campo fenoménico encontramos elementos reconocibles en estado de aislamiento, es decir, fuera del sistema de conexiones que medien entre ellos. En cambio, esta forma de aproximación a la realidad humana busca relaciones fijas que aseguren la reunión de datos, aunque aparentemente parezcan dispersos (Lévi-Strauss, 1997). Estas ideas colosales fueron propuestas en Francia, a mediados del siglo pasado, por el grupo de los “estructuralistas” y, debido a su gran valor, invadieron rápidamente los diferentes campos de las ciencias humanas creando en cada uno de ellos fecundos desarrollos (Dosse, 1992).

Con Lacan (1977), seguidor de estos planteamientos, ha sido posible definir en nuestro terreno las “estructuras clínicas”, tal como las conocemos hoy en día (García Arroyo, 2004a, 2004b). La aparición de estas en el panorama clínico aporta una nota de unificación a un campo tan disperso, como es el de la psiquiatría contemporánea, y hace que el médico que trabaje con psicóticos pueda captar las relaciones existentes entre los elementos que conforman su organización psíquica, más allá de la inmediatez de los síntomas. Ello facilita la postura a tomar con los pacientes, evitando problemas derivados (p. ej. desencadenar síntomas psicóticos con ciertas intervenciones psicológicas).

Al mismo tiempo, esta manera de pensar se muestra coincidente con la existencia de la “subjetividad”, siempre que no consideremos a ésta de modo trascendente o filosófico: el “plano espiritual”, “la realización personal por excelencia”, la “esencia humana”, etc, como encontramos en los textos de Hartman, Scheler, etc. En cambio, puede entenderse la subjetividad como “espacio interior” en el que se muestran distintas experiencias y cuyo origen necesariamente se encuentra en el “exterior”. Se trata de una configuración largo tiempo negada por aquellas disciplinas que deberían haberla considerado. Esto parece deberse a las dificultades de la subjetividad para encajar en la metodología positivista imperante en nuestro medio científico, que desprecia las características propias del material psicológico y que se mueve en la: cuantificación, captación directa, medida, observación inmediata, independencia absoluta del observador, etc (García Arroyo, 2016b).

Problemas en la organización de la subjetividad en la psicosis

3.1. Falta de inserción en la cultura. El psicótico no se incluye en las directrices culturales, al menos de la misma forma en que lo hace el neurótico. De hecho, no muestra la entrega a los distintos afanes de este último (ej. realizar estudios, tener trabajo, buscar pareja, etc). Ello es debido a que no cuenta con los resortes necesarios para cumplir con los hitos que la

cultura propone para el sexo al que pertenece. En consecuencia, si desarrolla las actuaciones del neurótico lo hace mecánicamente, sin la participación afectiva que provocaría una implicación efectiva o bien, se mueve en una dirección determinada porque alguien lo ha empujado a hacerlo, pero no por iniciativa propia. Veamos un ejemplo:

** Caso n° 1. Varón de 47 años, soltero, convive con su madre. Ha tenido una relación sentimental porque una mujer se le aproximó, sin mostrar demasiado interés hacia ella; de hecho, el contacto terminó porque él “se aburría mucho cuando salían”. Paralelamente, empezó a acudir a recitales de flamenco, no porque le gustaran, pues nunca antes había ido, sino por la insistencia de ella. El trabajo que desempeña como administrativo lo realiza de manera automática, sin gustarle ni dejarle de gustar.*

Podemos decir que el psicótico se encuentra al margen de la cultura en la que se desenvuelve y no tiene un lugar definido en ella, ni tampoco existe un empuje para llegar a conseguir ese sitio. De ahí que su sufrimiento no se deba a si va a desempeñar bien las tareas, si puede cometer fallos, si consigue el reconocimiento por lo realizado, si será capaz de hacer una conquista sentimental, etc, pues son sufrimientos típicamente neuróticos. En este estado no conoce el sentido de las normas o preceptos que tiene que cumplir, actuando sin tener en cuenta ciertos protocolos que deben considerarse, lo que puede explicar sus extravagancias a la hora de vestir, de comportarse, en los modales, expresión, etc. Por ello, de cara a los demás, aparece claramente como un “tipo raro” o “anormal”.

Además, no hallamos en estas personas una definición del “mundo interno”, tal como lo conocemos en la neurosis. De ahí que su experiencia íntima sea bastante chata, sin apenas matices y, a menudo, al expresarse, emiten frases hechas en vez de tener una referencia a unas claves significativas propias.

Jaspers (1993), cuando se refiere al síntoma psicótico habla de un material “incomprensible”, indicando con ello que no podemos entenderlo, aunque lo intentemos. La escucha de estas personas nos produce una sensación de extrañeza o de perplejidad, que ha sido descrita en la esquizofrenia por los autores alemanes con el nombre de *praecoxgefühl* o *schizophreniefühl* y que puede traducirse como “olor a esquizofrenia” (Alonso Fernández, 1979). Esto se debe a que médico y paciente no participan de la misma lógica, dado que el primero de ellos se inserta en los procesos semióticos promovidos por la cultura, mientras que no sucede lo mismo con el segundo (García Arroyo, 2016c). Este fenómeno impide que puedan hallarse “conexiones de sentido” en los mismos síntomas o en sus producciones generales.

Esto se ve apoyado, además, por el hecho de que el psicótico muestra claras alteraciones en la construcción de los signos lingüísticos y de la organización sintáctica del lenguaje, apareciendo los conocidos trastornos (neologías, paralogías, etc). Ello dificulta la comunicación con él pero, sobre todo, impide la captación de las normas de comportamiento, que son formaciones lingüísticas y precisan la comprensión de los conceptos que van implícitos en cada una de ellas.

3.2. Ausencia de contacto con la realidad. En la presentación que hemos hecho sobre la neurosis, entendimos la realidad como una construcción mental en tanto interiorización del “lazo social”, que permite conocer cuál es el lugar que cada uno ocupa en la comunidad y las prerrogativas que se derivan de esa posición (García Arroyo, 2016a). En el psicótico no se puede hallar un sentido compartido que permita el intercambio de material psíquico con los demás, no se produce un encuentro intersubjetivo tal como nosotros lo conocemos.

No existe una realidad común porque no entiende las reglas mínimas de interacción, pues estas vienen dadas en forma de lenguaje (p. ej. no se puede eructar en público, está prohibido pasear con el torso desnudo, etc); ello imposibilita un acercamiento efectivo a los demás. Más adelante añadiremos otros elementos que dificultan esta aproximación.

Tampoco puede acceder a la pantomima social, esto es, al engaño social común con el que se tiende a que todos hagan lo mismo y se queden prisioneros de valores circunstanciales (ej. moda, compras, coches, dinero, etc). Ya sabemos que en este montaje, el neurótico interviene sin hacer demasiados ascos.

3.2. El Otro se queda “fuera” permanentemente. Las entrevistas que realizamos con psicóticos ponen de manifiesto que sus producciones sintomáticas vienen del exterior, lo cual puede verse de modo patente en la esquizofrenia. Un ejemplo es el siguiente:

* Caso nº 2. Varón de 39 años de edad, diagnosticado de esquizofrenia paranoide. Presenta un “delirio de influencia” con lo que él denomina la “resonancia”, una especie de poder que le llega, produciéndole malestar físico y le “introduce” voces dentro de su cabeza. La resonancia puede manipularlo y llevarlo por donde quiera.

Parece claro que los enunciados verbales y las sensaciones físicas producidas por el artefacto mecánico que refiere vienen de fuera. Aquello que vive el paciente le es introducido en su cuerpo o en su mente mediante “psicomáquinas”, que fueron ya descritas por Victor Tausk (1977) con el nombre de la “máquina de influir”.

En estos procesos el paciente es un receptor pasivo, que no puede hacer nada para que las torturas, vejaciones, estimulaciones, insultos, molestias, daños, etc, a los que se ve sometido, cesen; preguntado por estos

efectos, no sabe quién mueve los hilos, pero sí sabe que es “alguien”. Hallamos entonces la intrusión directa del Otro, que se muestra en las voces (pseudo)alucinadas de modo que escucha como le acusa, molesta, insulta o hace afirmaciones sobre él. Conoce incluso su tono de voz, presentándose como un producto sensorializado.

El Otro, además, irrumpe en su ser convirtiéndolo en una víctima a la que roba ideas dejándole la mente en blanco, le añade pensamientos que no son suyos y que coloca “directamente” o por medio del artefacto, etc. Tan importantes son estas manifestaciones que Kurt Schneider (1997) se refirió a ellas como síntomas de “primer rango” de la esquizofrenia.

Podemos decir que el psicótico, en estas circunstancias: a) es desposeído de su “intimidad” y de sus iniciativas, b) se encuentra en manos de Otro, quién le maneja a su antojo y conveniencia, c) no puede defenderse de este inmenso poder al que queda sometido, es incapaz de zafarse de sus efectos y d) se afirma en la veracidad de cuánto le sucede ya que son productos sensorializados, los vive “en sus carnes”.

Clérambault (1995) dio en el clavo cuando definió los síntomas psicóticos como “intrusivos”, quiere decir que provienen de fuera. Se presentan, además, como algo prefabricado no siendo reconocidos por el paciente como algo propio, sino ajeno. Este autor acuñó para ellos los conceptos de “fenómeno elemental” y “automatismo mental”, de gran interés para el entendimiento de estos sucesos clínicos.

Lo que hemos visto contrasta con la neurosis, en la que descubrimos los mensajes del Otro, pero se hallan interiorizados e, incluso, el “yo” provoca el efecto ilusorio del “yo me he hecho a mí mismo”. Esto jamás sucede en el psicótico, en quién los mensajes del Otro permanecen en el exterior, no existiendo el efecto de la “autodeterminación”, pues siempre el psicótico se cree determinado por Otro, está pendiente siempre de “qué están haciendo conmigo”.

Por el contrario, cuando el neurótico presenta síntomas, siente que estos vienen de dentro, aún a pesar de no poder explicarlos. Veamos un ejemplo:

** Caso n° 3. Mujer de 32 años, diagnosticada de TOC. Se le viene a la cabeza un pensamiento que para ella es terrible y la hace sufrir mucho: “¡Qué bien que soy machorra!”. A pesar de ser algo que trata de apartar continuamente de su cabeza y de no saber por qué le pasa, siente que es un producto “interno” al que tiene que darle una explicación y para eso acude a la consulta. Hay un absurdo que tiene que descifrar, pero dentro de sí.*

3.4. Ausencia de subjetividad. Vemos que los psicóticos se refieren a algo externo que los invade, sin que puedan hacer nada. Incluso, al ser preguntados, afirman que ellos no tienen nada que ver en eso, que es simplemente así y que, por supuesto, no tiene relación con su mente. De ahí

se sigue necesariamente, que estos pacientes no poseen subjetividad, tal como nosotros la entendemos, y a esto lo hemos denominado “colapso subjetivo” (García Arroyo, 2002a, 2002b).

Quiere decir que hallamos en ellos una “agenesia de la subjetividad”, lo que se muestra en las entrevistas en las que obtenemos una escasísima cantidad de referencias personales, mostrando una experiencia interior muy pobre. De hecho, en sus discursos apenas encontramos alusiones a la interioridad, mientras que todas las referencias son externas; es posible afirmar que se encuentran “fuera de sí”.

A menudo, en las consultas, se les somete a larguísimos interrogatorios en espera de que surja “algo” que clarifique el caso, como si tuvieran algo oculto que aportara la clave de por qué se comportan como lo hacen. Si actuamos así, continuamente nos chocamos, una y otra vez, con un “nada más” (Fernández, 1999). En realidad no tienen nada que ocultar porque no hay nada “interno” y, aunque parezcan que están pensando en algo y que le dan vueltas a ciertas ideas, nada más lejos de la realidad. Veamos dos ejemplos que así lo atestiguan:

** Caso nº 4. Varón de 38 años soltero, diagnosticado de esquizofrenia. Su madre indica que pasa mucho rato en el sillón y que le gusta pensar, pues se lleva “todo el día pensando”. Preguntado el paciente en la consulta afirma: “cuando estoy así, yo no pienso en nada. Solo me estoy fijando en el dibujo de las losetas que hay en el suelo y en lo mal que están puestas”.*

** Caso nº 5. Varón de 29 años, diagnosticado de esquizofrenia. Al llegar a casa de un familiar lo vieron “en su mundo”, “con sus ideas”. Al ser interrogado, indica que estuvo algún tiempo siguiendo con la vista la filigrana dorada de un jarrón que tenía enfrente, le parecía algo muy bonito”.*

No parece que estas personas estén ensimismadas o en “su mundo”, sino lo contrario: volcadas en lo externo, en una especie de “éxtasis mundano”, ya que se centran en un objeto que les llama la atención (García Arroyo, 2002a, 2002b). Sabemos que no existen producciones subjetivas en los psicóticos, tan solo “objetivas”. Esto se debe a que, como dijimos, no encontramos referencia a la “interioridad” pero, sobre todo, porque aquello que les sucede goza de una gran certidumbre porque “lo están viviendo”, existe una certeza sensorial inmediata (ej. nota los calambres en la piel, oye con toda claridad la voz de un muerto,...). Se trata de algo completamente “objetivo” para el paciente.

Aunque este afirme tener la mente “en blanco” o “no tener pensamientos”, los propios fenómenos psicóticos le producen la “impresión de interioridad”, pues le crean cierto estado en el que indica que sí tiene pensamientos pero que “se ha quedado sin ellos” o las propias

(pseudo)alucinaciones le provocan el efecto de tener “algo” en el plano interior (aunque venga de fuera o sea impuesto). Del mismo modo, el paciente puede crear la “ilusión o espejismo de interioridad” (García Arroyo, 2002a, 2002b), fenómeno que hay que tener presente, pues puede engañar al clínico. Este efecto se produce cuando utilizan palabras o frases hechas que toman de libros, familiares o incluso de los propios sanitarios y que producen en el oyente la sensación de que poseen una referencia interna; son comunes expresiones como: “seguir tu propio camino”, “perder la autoestima”, “desarrollarse interiormente”, “alcanzar la verdadera madurez”, etc. A veces sorprenden lo bien que se expresan, pues utilizan refranes o frases leídas colocadas en un buen momento del discurso, haciéndonos dudar si son o no psicóticos. Si no tenemos en cuenta estas cuestiones, pueden hacerse interpretaciones que no tienen fundamento. Veamos dos ejemplos:

** Caso nº 6. Varón esquizofrénico, de 46 años. Dice en la consulta: “Mi problema es que no me he desarrollado por dentro, sencillamente no me han dejado”. Preguntado sobre qué es “desarrollarse por dentro”, responde: “Bueno...en realidad no lo sé y me gustaría saberlo. ¿Puede usted decirme en qué consiste?”*

** Caso nº 7. Mujer de 32 años, diagnosticada de esquizofrenia. Afirma: “La vida es un camino en el que te caes y te vuelves a levantar. Lo digo porque a mí me ha pasado”. Preguntada sobre en qué consiste el “camino de la vida”, indica: “No sé por qué lo he dicho, la verdad, ¿es una chorrada? No quiero meter la pata y menos en el hospital, porque no te dejan salir. ¿Por qué me hace preguntas que no puedo responder?”*

Las consecuencias del “colapso subjetivo” se dejan sentir de la siguiente manera: a) el psicótico no puede crear un “Esquema Mental de Vida” (EMV), con el que establecer pautas de desarrollo personal dentro de su medio; antes al contrario, queda determinado desde el exterior, aunque no presente psicopatología demostrable. De ahí que tampoco pueda ocupar un “lugar” simbólico dentro de la comunidad, pues la búsqueda de este viene determinada por la interiorización del mensaje del Otro y b) la imposibilidad del psicótico para el autoconocimiento pues, si no existe interioridad/interiorización no hay nada que conocer; en cambio, sí aparecen en él intentos de discernir aquello que viene del exterior.

3.5. Carencia de historia. Estas personas pueden contar ciertos hechos de su vida (ej. “estoy en paro”, “vivo con mi madre”, “tuve una relación”, “el dinero no me alcanza”, etc), pero son incapaces de construir una autobiografía, no sucediéndole lo mismo que al neurótico. Este último, aparte de vivir determinados sucesos, construye una historia a partir de los hechos y muestra ante el clínico un conjunto de explicaciones plausibles de lo que le ha ocurrido. En cambio, el psicótico no tiene un aparato mental

suficiente para producir este fenómeno, no existiendo un código de explicaciones con las que moverse y orientarse en la vida.

Es posible que el médico confeccione toda una historia a partir de los escuetos datos sobre su vida que el psicótico le ha aportado, pero entonces dicha construcción no se encuentra en el paciente, sino en el profesional que interactúa con él. Esto se debe a que, por propia inercia, la subjetividad de quién escucha tiende a completar las fallas en la expresión de quién tiene delante, de manera que es frecuente afirmar: “con esto quiso decir que...”, “concretamente se refiere a...”. Una vez más, advertimos sobre el peligro de añadir elementos que no están presentes o, en el sentido jaspersiano, intentar comprender sentidos intransferibles o incomunicables (Jaspers, 1993).

3.6. Imposibilidad para construir fantasías. Antes que nada, advertir sobre la confusión frecuente entre fantasía y delirio. En la literatura al uso aparecen términos que dificultan esta distinción, como es el caso de: “delirios fantásticos”, “delirios imaginativos”, “ideas delirantes subjetivas”, “fantasiofrenia”, “parafrenia fantástica”, etc. La separación fantasía/delirio es básica para trazar una raya entre neurosis y psicosis.

Sucintamente, diremos que en la fantasía el paciente sabe que el material creado es subjetivo, que puede modificarlo a su antojo, añadiendo o quitando detalles según le convenga. En cambio, se encuentra forzado a vivir el delirio, no pudiendo modificarlo voluntariamente porque es un material que proviene del exterior (lo siguen, intentan esterilizarlo, le inyectan hormonas femeninas para hacerlo homosexual, etc), del que tiene “pruebas”, tratándose de algo “objetivo” y “demostrable”. El delirante tiene claro qué le sucede y tiene completa certeza de ello, siendo in-discutible. En la fantasía, su creador sabe que no es cierta y que la realidad va por otro camino, pudiendo corregirse y desaparecer con el concurso del razonamiento (propio o ajeno) o por imposición de la realidad. En cambio, esta cualidad es inédita en el delirio, donde la realidad no se tiene en cuenta o se toman datos sin importancia de ella para hacerlo crecer (García Arroyo, 2013a, 2013b).

El neurótico, según vimos, es capaz de producir relatos fantasiosos y su función es crear una distancia con un mundo que le lastima, hiere o frustra. Le protege haciéndole escapar de las estrecheces por las que transcurre su existencia y que se refieren a los efectos del medio sobre él, concretamente: posibilidades, economía, estatus, edad, etc. Esta función protectora aparece ya en el niño en relación a una realidad que puede ser intolerable; en tal caso, no es posible hablar de experiencia “total”, porque si se diera sería traumática, tan desconcertante que aniquilaría al sujeto (Pereña, 2013). Como vimos, la fantasía, al tiempo que libra al neurótico del dolor, le resta objetividad (“colapso objetivo”).

Por el contrario, no existen fantasías en el psicótico sencillamente porque se constituyen como un relato complejo, organizado, secuencial y

libre de grandes contradicciones, lo que implica un importante trabajo de la subjetividad. Obviamente, el “colapso subjetivo” va a impedir crear esta “novela de bolsillo” lista para ser “leída” en cualquier momento.

La imposibilidad de fantasías en estas personas hace que sean muy vulnerables a las inclemencias provenientes del medio, quedando indefensos y sin poder hacer nada. A nivel práctico esto puede verse en cómo las familias de “alta expresividad emocional” desestabilizan más al psicótico (Vallejo, 2008), llegando incluso a ocasionar el ingreso. Esto hace que el psicótico viva en un mundo “objetivo” lleno de señales, indicios, pruebas, vigilancias, etc, y sea alcanzado por todo aquello que suceda en el exterior, ante lo cual no tiene escapatoria.

En la psicosis se construyen delirios, que son incomprensibles, de ahí que Grühle hablara de “poner en relación sin motivo”, resultando incorregibles a pesar de tener evidencias en contra, el razonamiento lógico o el enfrentamiento con la realidad. Mientras tanto la fantasía es comprensible respecto a su modo de aparición, en consonancia con la situación vivida y respecto a la temática que plantea, en conexión directa con los intereses, motivaciones, privaciones, etc, del implicado. Al mismo tiempo, las fantasías son corregibles, es decir que puede imponerse la realidad dejándolas en el lugar de un “bello cuento” que ojalá fuera posible.

El delirio resulta estructurante en la psicosis, de ahí que tenga un lugar privilegiado, siendo imposible de sacudir. Para Freud (1981) se trataba de un “intento de curación”.

Añadimos a lo dicho, la imposibilidad de que una fantasía se transforme en delirio, lo mismo que es inédito que un neurótico se transforme en psicótico. Esta separación se debe a que no estamos ante una diferencia cuantitativa (de grado) sino cualitativa (de forma); de ahí que la clínica nos obliga a reafirmarnos en la discontinuidad fantasía/delirio.

Discusión y conclusiones

Lo expuesto en las páginas precedentes nos permite seguir manteniendo la distinción de la psiquiatría alemana, refrendada por Freud, entre “neurosis” y “psicosis”, pero haciendo una salvedad: no nos referimos a meras colecciones de síntomas, más o menos dispersos, sino a dos maneras muy diferentes de organizarse la subjetividad; aquí es donde encaja la idea de “estructura”. Esta prosperó en las “ciencias exactas” antes que en las “ciencias humanas”, de la mano de un matemático brillante que murió siendo joven en un duelo, llamado Evariste Galois (Corbalán, 2010).

Pensando la psicosis como estructura, los clínicos obtenemos grandes ventajas, pues: a) se establecen relaciones en el disperso mundo de la psiquiatría contemporánea, que es “atomista” en sus planteamientos, pues va al detalle del síntoma; podríamos decir que “contempla los árboles

independientemente, pero no puede ver el bosque”, b) descubrir los rasgos que diferencian entre sí las estructuras clínicas, en este caso la “neurótica” y la “psicótica” y c) el conocimiento anterior deriva en modos de aproximación e intervención diferentes por completo. Evidentemente, no vamos a trabajar de la misma forma con un psicótico que con un neurótico.

Cuando abordamos al psicótico descubrimos que no participa de la cultura a la que pertenece y que no realiza lo que esta estipula para él, desconociendo las reglas sociales y conviviendo como extraños con los neuróticos, sin una comprensión mutua. Esto determina un *pathos* diferente al del neurótico, siempre pendiente de desempeños y logros en su medio. Que así sea, da lugar a comportamientos bizarros en la psicosis, debido al desconocimiento crónico de las reglas que imperan.

Lacan (1984) dijo que “la presencia de trastornos del lenguaje es una condición necesaria para cualquier diagnóstico de la psicosis” y no se equivocaba. En esta estructura las palabras se desprenden del valor que poseen en la lengua compartida, apareciendo cambios de sentido y desarticulación de las reglas gramaticales. Trátase de alteraciones que impiden conocer las normas de funcionamiento social (lingüísticamente conformadas) y, además, hacen incomprensible el discurso. Es como si hablara un dialecto (el “psicotiqués”), que los demás no pueden entender.

Aquello que Minkowski (2000) llamaba “pérdida del contacto vital con la realidad” ahora adquiere una nueva dimensión. Dado que el “sentido de la realidad” no se encuentra preformado, sino que es una construcción psicológica, estas personas no la hacen debidamente por carecer de materia mental (representacional) para ello.

En las producciones sintomáticas del psicótico encontramos un Otro, cuyos mensajes no son incorporados como en la neurosis. En esta última, el yo intenta englobarlo todo, haciendo que esos mensajes aparezcan como propios; nada de eso hallamos en los casos que ahora analizamos donde lo que se encuentra en el exterior no pasó al interior, no se produjo una apertura del *intus*. Ello ocasiona que la vida del psicótico transcurra prisionero de lo “externo-objetivo”.

El Otro aparece en numerosas producciones del psicótico (p. ej. en las (pseudo)alucinaciones, está detrás de los artefactos que le alteran, le quita los pensamientos o le mete ideas, etc). Se presenta como Otro gozador, sin ley, que actúa según su capricho, mientras tanto, el paciente queda como un objeto a su merced, sumiéndose en el horror y en la desesperación (Fernández, 1999).

La alusión siempre a algo externo junto con la ausencia de referencias al *intus* hacen que comprobemos, repetidas veces, el “colapso subjetivo”. Algunos autores clásicos rozaron este fenómeno, como Stransky, cuando habló de “ataxia intrapsíquica”, Chaslin al referirse a la

“discordancia”, Bleuler con la “relajación de las conexiones asociativas”, Janzarik con el “vaciamiento dinámico”, etc. Esto casa con lo que vimos líneas arriba: que el psicótico no entiende la comunicación humana, debido a que este proceso asienta en la subjetividad. Muchos fenómenos descritos en la psicopatología pueden ser explicados de esta forma (pararespuestas, paratimias, etc); apuntan a no saber qué significan las situaciones y cómo reaccionar ante ellas. El famoso “axioma de Watzlawick” (Watzlawick et al., 2006) de “no hay no comunicación” habría que transformarlo en el psicótico en este otro: “no sabe qué es la comunicación”.

En esta misma línea, Rojas (1957) indicó que el esquizofrénico muestra un desapego hacia el mundo, entendido como trato y comercio humano, no mostrando lo mismo hacia el mundo cósmico. Explica, además, que la repulsa que los pacientes suelen presentar a la medicación se debe a que es un producto de la civilización humana de la que se encuentran alejados (Rojas, 1957). En consecuencia, cuando se ha hablado en la literatura del “mundo interno” del psicótico, lo más probable es que se trate de un intento de reconstruir sus producciones por parte del observador; no hay que dejarse engañar, en la psicosis no hay sentido posible. De ahí se sigue, que las manifestaciones pertenecen al afuera y están allí desde siempre; puede decirse que está “encerrado en el exterior”.

El “colapso subjetivo” explica la ausencia de formación del EMV, en tanto brújula con la que orientarse en la vida. Señalamos también la imposibilidad de crear ese ordenamiento subjetivo de los hechos acaecidos que llamamos “autobiografía”. No tiene sentido hablar en estos casos de lo que Binswanger (2006) llamaba “historia vital interna” o Unamuno “intrahistoria”. Evidentemente, si no hay un desarrollo del mundo interno, no se puede organizar esta narrativa tan particular. La creación de la historia del psicótico corre más a cargo del médico que del paciente, una vez más como intento de comprender lo incomprensible, lo que supone rellenar huecos con sentidos inexistentes.

Al clínico le conviene diferenciar bien entre fantasía y delirio porque se trata de dos operaciones completamente distintas. Hemos visto la función protectora que ejerce la fantasía y de ello hace gala el neurótico quién, al utilizarla, superpone una representación a la realidad de acuerdo con su deseo pero, para hacerlo, necesita una disposición mental de la que el psicótico carece.

En efecto, aunque parezca evidente que cualquiera puede fantasear, que es fácil, al psicótico no le es posible, debido a la falla del funcionamiento subjetivo que le impide crear un relato elaborado (con una temática continua, exento de contradicciones, etc). Esto tiene como consecuencia que se vea sometido a las inclemencias del mundo cohumano, sin una posible defensa. Viene muy bien aquí recordar lo que decía Tomas de Aquino cuando aisló

uno de los castigos peores que sufren los condenados al Infierno: “la pena que causa el conocimiento de la propia condena”, consistente en que el condenado no tiene posibilidad alguna de engañarse, en ningún momento puede descansar de ese saber de la condena.

References:

1. Alonso Fernández, F. (1979). Fundamentos de la psiquiatría actual (Vol. 2). Madrid: Paz-Montalvo.
2. Alvarez, JM., Esteban, R. & Sauvagnat, F. (2004). Fundamentos de la psicopatología psicoanalítica. Madrid: Síntesis.
3. APA. (1995). DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Panamericana.
4. Binswanger, L.(2006). Obras escogidas. Madrid: RBA.
5. Clerambault, GG. (1995). Automatismo mental. Paranoia. Buenos Aires: Polemos.
6. Corbalán, F. (2010). Evariste Galois. Revolución y matemáticas. Ediciones Nivola.
7. Dosse, F. (1992). Historia del estructuralismo (2 vols.). Madrid: Akal.
8. Fernández, E. (1999). Las psicosis y sus exilios. Letra Viva Ediciones.
9. Freud, S. (1981). Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrita. En Obras Completas (Vol. 2). Madrid: Biblioteca Nueva.
10. García Arroyo, JM. (2002a). El colapso de la subjetividad en el psicótico (parte I). *Anales de Psiquiatría*, 18(6): 275-9.
11. García Arroyo, JM. (2002b). El colapso de la subjetividad en el psicótico (parte II). *Anales de Psiquiatría*, 18(6): 280-90.
12. García Arroyo, JM. (2004a). Aportaciones del movimiento estructuralista a la psiquiatría actual (parte I). *Anales de Psiquiatría*, 5(20): 189-94.
13. García Arroyo, JM. (2004b). Aportaciones del movimiento estructuralista a la psiquiatría actual (parte II). *Anales de Psiquiatría*, 5(20): 222-32.
14. García Arroyo, JM. (2013a). Psicología y psicopatología de la fantasía (parte I). *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 18(3); 175-86.
15. García Arroyo, JM. (2013b). Psicología y psicopatología de la fantasía (parte II). *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 18(3); 187-200.
16. García Arroyo, JM. (2016a). Neurosis: a study from subjectivity. *European Scientific Journal*, 12(3): 53-66. doi:

- 10.19044/esj.2016.v12n3p53.URL:<http://dx.doi.org/10.19044/esj.2016.v12n3p53>
17. García Arroyo, JM. (2016b). El cáncer de mama (2): metodología de la subjetividad. Punto Rojo.
 18. García Arroyo, JM. (2016c). Aportaciones de la semiótica a la medicina. *Razón y palabra*, 92.
 19. Jaspers, K. (1993). Psicopatología general. México: Fondo de Cultura Económica.
 20. Lacan, J. (1977). Escritos. Madrid: Siglo XXI.
 21. Lacan, J. (1984). Seminario 3: Las Psicosis. Paidós.
 22. Lévi-Strauss, Cl. (1997). Antropología estructural. México: Siglo XXI.
 23. Minkowski, E. (2000). La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos. México: Fondo de Cultura Económica.
 24. OMS. (1992). 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor.
 25. Pereña, F. (2013). De la angustia al afecto: un recorrido clínico. Madrid: Síntesis.
 26. Rojas, L. (1957). Los trastornos formales y nucleares de la esquizofrenia. Symposium sobre esquizofrenia. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
 27. Schneider, K. (1997). Patopsicología clínica. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.
 28. Tausk, V. (1977). Acerca del aparato de influir en el curso de la esquizofrenia. En Trabajos Psicoanalíticos. Barcelona: Granica.
 29. Vallejo Ruiloba, J. (2008). Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría (6ª ed). Barcelona: Masson.
 30. Watzlawick, P., Bavelas, HB. & Jackson, DD. (2006). Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder.